

年 月 日

後期高齢者医療給付費受領申立書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

葬祭費以外の支給申請と共通様式であるため被保険者と記載してあるが、葬祭費に関しては喪主と読み替える

申立人

相続人（被保険者との続柄 母

住所 (〒●●●-××××) 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1201号

電話 (●●●) ××××-△△△△

氏名 広域 花子

被保険者番号は空欄でもOK

下記被保険者（被相続人）の死亡に伴い、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費については、上記相続人が受領するものであることを申し立ていたします。

なお、他の相続人から異議の申し出があったときは、その責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないことを確認します。

被 保 険 者 (被相続人)	被保険者番号	
	住 所	東京都八王子市●●町△△番△△号
	氏 名	広域 一郎
	死亡年月日	令和 ××年 ×月 ×日

高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費については下記の口座に振り込んでください。

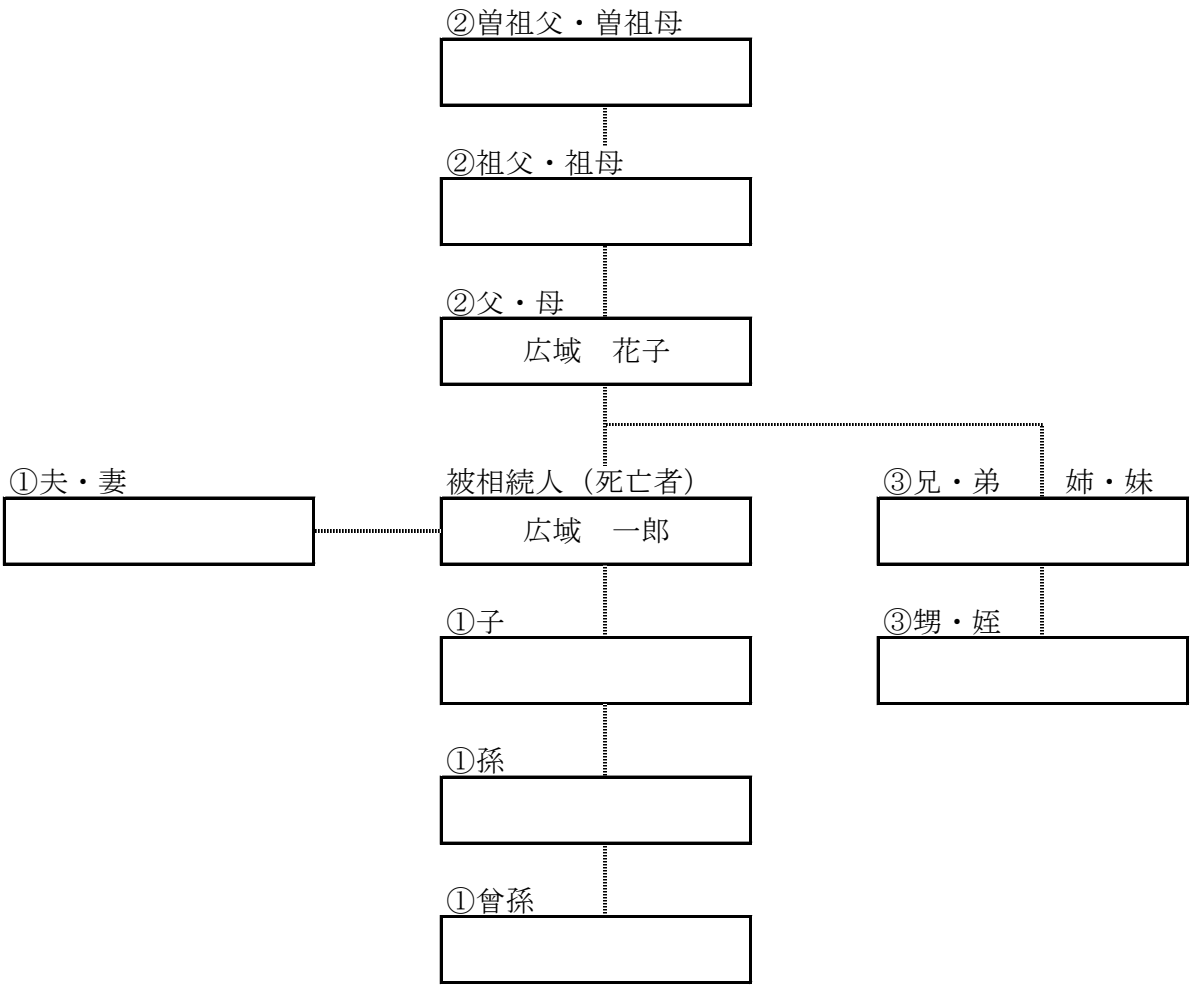
○ 銀行口座は別紙申請書のとおり（下記振込先銀行口座欄は省略）																	
振 込 先 口 座	銀 行 信用金庫・組合 協 同 組 合 ( )										本 店 支 店 出 張 所 ( )		預金種別				
	金融機関コード												1 普 通	2 当 座	4 貯 蓄		
	口座番号																
	口座名 義人 (か)																

葬祭費支給申請書に喪主の相続人の口座を記載している場合、後期高齢者医療給付費受領申立書には記載不要

市区町職員 記載欄	本人確認欄	確認書類欄
	・ 運転免許証 ・ 旅券（パスポート） ・ ( )	

【続柄図】

＜記入方法＞  
枠内に被保険者(被相続人)と、申立人(相続人)の氏名だけを記入してください。  
その他の枠は空白としてください。



※①～③は相続にかかる優先順位です。

＜添付書類＞ (コピーでかまいません)  
被保険者と申立人(相続人)の関係(続柄)が確認できるもの  
・戸籍謄本(抄本) 等  
※同じ住所でも、住民票上の世帯が別の場合は添付してください。  
※被保険者と申立人(相続人)が住民票上同じ世帯の場合は不要です。  
・遺言等により申立人(相続人)に指定された方は、遺言状・公正証書 等

＜確認書類＞  
申立人(相続人)の本人確認書類のコピー  
・運転免許証、旅券(パスポート)等、官公署発行の顔写真付きの証明書  
・後期高齢者医療被保険者証